

T.C.  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**ERZURUM'DA EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI  
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE  
ÜSTÜ KİŞİLERDE, TANI KONULMAMIŞ  
DEPRESYON RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Mehmet DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2021

## İÇİNDEKİLER

|                                                  |      |
|--------------------------------------------------|------|
| İÇİNDEKİLER .....                                | i    |
| TABLolar DİZİNİ .....                            | iv   |
| ŞEKİLLER DİZİNİ .....                            | v    |
| KISALTMALAR DİZİNİ .....                         | vi   |
| TEŞEKKÜR .....                                   | viii |
| ÖZET.....                                        | ix   |
| ABSTRACT .....                                   | x    |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ .....                           | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                           | 3    |
| 2.1. Depresyon Tanımı .....                      | 3    |
| 2.2 Depresyonun Tarihçesi.....                   | 3    |
| 2.3. Depresyonun Etiyolojisi .....               | 4    |
| 2.3.1. Psikolojik Etkenler .....                 | 4    |
| 2.3.1.1. Psikanalitik Görüş.....                 | 4    |
| 2.3.1.2. Bilişsel Görüş .....                    | 4    |
| 2.3.2. Genetik Etkenler .....                    | 4    |
| 2.3.3. Biyolojik Etkenler .....                  | 5    |
| 2.3.3.1. Biyojenik Aminler .....                 | 5    |
| 2.3.4. Nöroendokrin Sistem.....                  | 5    |
| 2.3.4.1. Hipotalomo-Pitüiter-Adrenal Eksen ..... | 5    |
| 2.3.4.2. Prolaktin.....                          | 6    |
| 2.3.5. İmmün Sistem.....                         | 6    |
| 2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi .....           | 6    |
| 2.5. Depresyon İçin Risk Faktörleri .....        | 7    |
| 2.5.1. Yaş.....                                  | 7    |
| 2.5.2. Cinsiyet.....                             | 7    |
| 2.5.3. Medeni Durum .....                        | 8    |
| 2.5.4. Eğitim Durumu.....                        | 8    |
| 2.5.5. Sosyoekonomik Düzey .....                 | 8    |
| 2.5.6. Sigara.....                               | 8    |
| 2.5.7. Kronik Hastalık .....                     | 8    |

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.6. Depresyonun Sınıflandırılması.....                                                 | 8  |
| 2.7. Depresyon Tanısı ve Ayırıcı Tanı .....                                             | 9  |
| 2.7.1. Tanı.....                                                                        | 9  |
| 2.7.2. Ayırıcı Tanı .....                                                               | 10 |
| 2.7.2.1. Yas .....                                                                      | 10 |
| 2.7.2.2. Demans .....                                                                   | 10 |
| 2.7.2.3. Şizofreni.....                                                                 | 10 |
| 2.7.2.4. Bipolar Bozukluk.....                                                          | 10 |
| 2.7.2.5. Nörolojik Hastalıklar .....                                                    | 10 |
| 2.7.2.6. Kardiyak Hastalıklar .....                                                     | 11 |
| 2.7.2.7. Gastrointestinal Hastalıklar .....                                             | 11 |
| 2.7.2.8. Hematolojik Hastalıklar.....                                                   | 11 |
| 2.7.2.9. Renal Hastalıklar .....                                                        | 11 |
| 2.7.2.10. Endokrin Hastalıklar .....                                                    | 11 |
| 2.7.2.11. Neoplastik Hastalıklar .....                                                  | 11 |
| 2.7.2.12. Enfeksiyöz Hastalıklar.....                                                   | 11 |
| 2.7.2.13. Romatolojik Hastalıklar.....                                                  | 11 |
| 2.7.2.14. Beslenme Yetersizlikleri.....                                                 | 11 |
| 2.7.2.15. İlaç ve Maddelere Sekonder Etkiler .....                                      | 11 |
| 2.8. Depresyonun Tedavisi.....                                                          | 12 |
| 2.8.1. Farmakoterapi.....                                                               | 12 |
| 2.8.1.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) .....                          | 13 |
| 2.8.1.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI).....                                     | 13 |
| 2.8.1.3. Trisiklik Antidepresanlar (TCA) .....                                          | 13 |
| 2.8.1.4. Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI).....                        | 14 |
| 2.8.1.5. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI) .....                 | 14 |
| 2.8.1.6. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDGI) .....                   | 14 |
| 2.8.1.7. Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA).....            | 14 |
| 2.8.1.8. Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SAGI)<br>..... | 14 |
| 2.8.2 Elektrokonvulsif Terapi.....                                                      | 14 |
| 2.8.3. Psikoterapi .....                                                                | 15 |
| 2.8.3.1. Bilişsel Terapi.....                                                           | 15 |
| 2.8.3.2. Davranışsal Terapi.....                                                        | 15 |

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.8.3.3. Kişiler Arası (İnterpersonal) Terapi .....                               | 15        |
| 2.8.3.4. Öz Farkındalığa Dayalı Bilişsel Terapi .....                             | 15        |
| 2.9. Depresyonun Prognozu .....                                                   | 15        |
| 2.10. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler .....                             | 16        |
| 2.10.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....                                          | 16        |
| 2.10.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): .....                   | 17        |
| 2.10.3. Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ):.....                                         | 17        |
| 2.10.4. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB): .....                | 17        |
| 2.11. Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım .....                   | 18        |
| 2.12. Psikiyatrik Hastalıkların Önlenmesi.....                                    | 18        |
| 2.12.1. Birincil Önleme (Primer Önleme) .....                                     | 18        |
| 2.12.2. İkincil Önleme (Sekonder Önleme) .....                                    | 18        |
| 2.12.3. Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme) .....                                    | 19        |
| <b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>                                                    | <b>20</b> |
| 3.1. Araştırmanın Tipi .....                                                      | 20        |
| 3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Evreni .....                                    | 20        |
| 3.3. Örneklem.....                                                                | 20        |
| 3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....                                     | 20        |
| 3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri .....                                       | 21        |
| 3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....                                        | 21        |
| 3.5. Etik Kurul İzni.....                                                         | 21        |
| 3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi .....                                        | 21        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                          | <b>22</b> |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                                                          | <b>28</b> |
| <b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>                                                  | <b>31</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                                         | <b>32</b> |
| <b>8. EKLER.....</b>                                                              | <b>37</b> |
| EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni..... | 37        |
| EK-2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği .....                            | 39        |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> Çalışmaya katılan kişilerin yaş grupları ve oranları.....                                       | 22 |
| <b>Tablo 2.</b> Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet özellikleri .....                                          | 22 |
| <b>Tablo 3.</b> Çalışmaya katılan kişilerin öğrenim durumuna göre dağılımı .....                                | 23 |
| <b>Tablo 4.</b> Katılımcıların yaş ortalamaları ve ortancalarının depresyon riski<br>açısından incelenmesi..... | 24 |
| <b>Tablo 5.</b> Katılımcıların yaş grupları ve depresyon riski açısından incelenmesi..                          | 24 |
| <b>Tablo 6.</b> Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyetlerine göre depresyon riskinin<br>dağılımı.....             | 25 |
| <b>Tablo 7.</b> Öğrenim durumuna göre depresyon riski dağılımı .....                                            | 25 |
| <b>Tablo 8.</b> Birleştirilen öğrenim durumu gruplarına göre depresyon riski dağılımı<br>.....                  | 26 |
| <b>Tablo 9.</b> Yaş gruplarında depresyon riski görülme oranı. ....                                             | 26 |
| <b>Tablo 10.</b> Depresyon riski olan katılımcılarda cinsiyet karşılaştırılması .....                           | 27 |
| <b>Tablo 11.</b> Depresyon riski olan katılımcıların, öğrenim durumuna göre dağılımı.<br>.....                  | 27 |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 1. Çalışmaya katılan kişilerde depresyon riski varlığı..... | 23 |
|-------------------------------------------------------------------|----|

## KISALTMALAR DİZİNİ

|                 |                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ARK.</b>     | : Arkadaşları                                                                      |
| <b>DSÖ</b>      | : Dünya Sağlık Örgütü                                                              |
| <b>ORT.</b>     | : Ortalama                                                                         |
| <b>SS</b>       | : Standart Sapma                                                                   |
| <b>ABD</b>      | : Amerika Birleşik Devletleri                                                      |
| <b>ASM</b>      | : Aile Sağlığı Merkezi                                                             |
| <b>BDÖ</b>      | : Beck Depresyon Ölçeği                                                            |
| <b>BDÖ-BB</b>   | : Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği                                       |
| <b>COVID-19</b> | : Coronavirus Disease-2019 (Koronavirüs Hastalığı-2019)                            |
| <b>DSM</b>      | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                            |
| <b>DST</b>      | : Dekametazon Supresyon Testi                                                      |
| <b>EASM</b>     | : Eğitim tipi Aile Sağlığı Merkezi                                                 |
| <b>EKT</b>      | : Elektrokonsulsif Terapi                                                          |
| <b>HAM-D</b>    | : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği                                         |
| <b>ICD</b>      | : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| <b>MAOI</b>     | : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri                                                   |
| <b>MİN-MAKS</b> | : En Küçük - En Büyük                                                              |
| <b>NaSSA</b>    | : Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar                           |
| <b>NDGI</b>     | : Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri                                  |
| <b>NRI</b>      | : Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri                                     |
| <b>ORT</b>      | : Ortalama                                                                         |
| <b>SAGI</b>     | : Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri                   |

|              |                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>SNRI</b>  | : Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri                   |
| <b>SSRI</b>  | : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri                            |
| <b>TCA</b>   | : Trisiklik Antidepresanlar                                           |
| <b>TDK</b>   | : Türk Dil Kurumu                                                     |
| <b>WONCA</b> | : World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği) |
| <b>ZDÖ</b>   | : Zung Depresyon Ölçeği                                               |

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi süresince tecrübeleri ve bilgileri ile bana yol gösteren, hiçbir zaman desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, beraber çalışma fırsatı bulduğum için mutlu olduğum saygıdeğer Hocam, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin Çayır'a,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar her yerinde destek ve yardımlarıyla, bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden kıymetli tez danışman Hocam Doç. Dr. Kenan Taştan'a,

Eğitim sürecimde yol gösteren, bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Bayraktar'a, Dr. Öğr. Üyesi Suat Sincan'a ve Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa Yılmaz Kartal'a,

Tez yazım sürecimde destekleriyle yanımda bulunan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ezel Bilge Yerli'ye,

Tez çalışmam süresince yardım ve desteklerinden çokça faydalandığım Uz. Dr. Mehmet Akif Nas ve Dr. Furkan Şakiroğlu'na,

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim öğretim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Büyük fedakarlıklarla bugünlere gelmeme sebep olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem Gülsüm Doğan ve babam Ali Doğan'a ve kardeşim Mervegül Eser'e ve tüm aileme,

Her türlü günümde yanımda bulunan, hayatımı kolaylaştıran refika-i hayatım Gamze Doğan'a,

Hayatımın odak noktasını oluşturan, göz aydınlığım, oğlum Ali Asaf Doğan'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Mehmet Doğan**

## ÖZET

### Erzurum’da Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Kişilerde, Tanı Konulmamış Depresyon Riskinin Araştırılması

**Amaç:** Erzurum’da Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’na bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim tipi aile sağlığı merkezlerine başvuran, daha önce depresyon tanısı almamış olan 18 yaş ve üstü kişilerde depresyon riskinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma; prospektif, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olup, 1 Ocak-1 Nisan 2021 tarihleri arasında eğitim tipi aile sağlığı merkezlerine başvuran 765 kişiye yapıldı. Katılımcılara Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kişilerin BDÖ-BB puan ortalaması  $4,10 \pm 3,417$ ’ydi (min:0, maks:21) ve % 46,4’ünün (n=355) puanı  $\geq 4$ ’tü. Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması  $33,24 \pm 11,9$ ’du (min:18, maks:82) ve yaş ortalamaları istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlıydı (U=59582,  $p < 0,001$ ). 25-34 yaş grubu, depresyon riskinin en fazla olduğu gruptu (%38,6; n=137). Katılımcıların % 71,6’sı (n=548) kadın ve %28,4’ü (n=217) erkekti ve depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $X^2=0,478$ ,  $p=0,489$ ). Katılımcıların %7,3’ü (n=56) ilkokul, %7,2’si (n=55) ortaokul, %15,7’si (n=120) lise, %7,2’si (n=55) ön lisans, %48,6’sı (n=372) üniversite, %9’u (n=69) yüksek lisans ve %5’i (n=38) doktora mezunuydu. Lise (%50,8; n=61), ön lisans (%54,4; n=30) ve doktora mezunlarında (%52,6; n=20) depresyon riski daha fazlaydı. Öğrenim durumu; ilkokul-ortaokul, lise-ön lisans ile üniversite mezunları ve üzeri olarak gruplandırıldığında; anlamlı fark mevcuttu ( $X^2=6,208$   $p=0,045$ ). Yapılan ileri analizde, lise-ön lisans mezunlarında depresyon riski daha fazlaydı (U=8249,5;  $p=0,013$ ).

**Sonuç:** Çalışma sonucunda katılımcıların yaklaşık yarısında depresyon riski saptanmıştır. Birinci basamak hekimlerinin, polikliniklere başvuran tüm hastalarda depresyon taraması yapmaları ve depresyon riski saptanan hastaları bir üst basamağa sevk etmeleri, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Tarama, Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

## ABSTRACT

### **Investigation of the Risk of Undiagnosed Depression in Individuals aged 18 and over who applied to Education Family Health Centers in Erzurum**

**Objective:** It was aimed at determining the risk of depression in individuals aged 18 years and over who have not been diagnosed with depression before and who apply to educational-type family health centers operating under the Department of Family Medicine at Atatürk University in Erzurum.

**Methods:** The study is a prospective, cross-sectional and descriptive study, and it was conducted on 765 individuals who applied to education-type family health centers between January 1 and April 1, 2021. Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) was administered to the participants.

**Results:** The mean BDI-PC score of the participants in the study was  $4.10 \pm 3.417$  (min:0, max:21), and 46.4% (n=355) was a score of  $\geq 4$ . The mean age of the participants in the study was  $33.24 \pm 11.9$  (min:18, max:82) and the mean age was statistically highly significant ( $U=59582$   $p<0.001$ ). The 25-34 age group was the group with the highest risk of depression (38.6%, n=137). 71.6% (n=548) of the participants were female and 28.4% (n=217) were male, and there was no statistically significant difference in terms of depression risk ( $X^2=0.478$ ,  $p=0.489$ ). 7.3% (n=56) of the participants were primary school graduates, 7.2% (n=55) were secondary school graduates, 15.7% (n=120) were high school graduates, 7.2% (n=55) were associate degree graduates, 48.6% (n=372) were university graduates, 9% (n=69) had graduate degrees, and 5% (n=38) had doctorate degrees. The risk of depression was higher in high school (50.8%, n=61), associate degree (54.4%, n=30) and doctoral graduates (52.6%, n=20). There was a significant difference when educational status was grouped as primary school-secondary school, high school-associate degree and university graduates and above ( $X^2=6.208$   $p=0.045$ ). In the further analysis, the risk of depression was higher in high school-associate degree graduates ( $U=8249.5$   $p=0.013$ ).

**Conclusion:** As a result of the study, the risk of depression was determined in approximately half of the participants. It is important for primary care physicians to

screen all patients who apply to outpatient clinics for depression and to refer patients with depression risk to an upper level of care for early diagnosis and treatment.

**Keywords:** Depression, Screening, Beck Depression Inventory for Primary Care

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon; hüzünlü, çökkün ve sıkıntılı bir duygudurum ve beraberinde düşünce, konuşma, hareket ve fiziksel fonksiyonlarda yavaşlama, durağanlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, suçluluk ve kimi zaman da intihar düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (1).

Depresyon, toplumda yaygın olarak görülmesi ve beraberinde sebep olduğu iş gücü kayıpları nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1997’de yayınladığı raporda, depresyonun 2020 yılında iş gücü kaybı, yeti kaybı ve ölüm sebepleri arasında ikinci sırayı alacağını ön görmüştür. Öte yandan, depresyonun 2020’de hastalık yükü olarak gelişmiş ülkelerde ilk sırada; gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada yer alacağı belirtilmiştir (2). Yine DSÖ’nün 2017 yılında yayınladığı rapora göre dünya nüfusunun %4,4’ünde depresyon görülmektedir. Depresyonun kadınlarda %5,1 ve erkeklerde %3,6 oranında olduğu belirtilmiştir (3).

Yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar sonucunda, depresyonun yaşam boyu prevalansı %4,9 ile %17,1 arası değişmektedir. Kadınların %20’sinde ve erkeklerin %10’unda; hayatlarının bir döneminde depresyon görülmektedir (4). Türkiye’de ise depresyonun yaygınlığı %10 ile %20 arasında değişmektedir (5).

Depresyon, toplumda yaygın olarak görülen bir hastalık olduğu kadar, erken tanı konulamaması ve zamanında tedaviye başlanamaması nedeniyle, bireylerde ailesel, sosyal ve toplumsal yönden sıkıntılara ve iş gücü kayıplarına sebep olabilmektedir. Bu durum da hastaların hayat kalitelerinde belirgin düzeyde azalmaya ve hatta intihara giden yolu açmaya neden olmaktadır (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların yaklaşık %50’sinde depresif belirtilere rastlanırken, bu hastaların da %5 ila %10’u depresyon tanı ölçütlerini taşımaktadır (7). Hal böyleyken birinci basamak hekimleri depresyon tanı ve tedavisinde önemli bir yerde bulunmaktadır (8).

Tanısal değerlendirme ölçekleri kullanılarak, depresyon riskini belirlenebilir ve risk saptanan kişiler bir üst basamağa sevk edilebilir. Bu hususta, literatürde birçok depresyon tarama testi ve ölçeği mevcuttur. Bu ölçeklerden bir tanesi de 1997’de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen birinci basamak için Beck depresyon tarama ölçeğidir. Ölçek, 2005 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliği ve güvenilirliği yapılmış ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu ölçek, depresyon riskini saptamak amacıyla kullanılmaktadır.

Bu alışmada, Erzurum’da Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’na bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim tipi aile sağlığı merkezlerine başvuran, daha önce depresyon tanısı almamış olan 18 yaş ve üstü kişilerde, birinci basamak için Beck depresyon tarama leęi kullanarak, depresyon riskinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Depresyon Tanımı**

Depresyon; bunalım, çöküntü olarak tanımlanmaktadır (9). Başka bir ifade ile de çökkün ve kederli hissetme, işlevselliğin ve hayati aktivitelerin azalması durumu olarak tarif edilebilir (10). Kelimenin menşei ise Latince “depressus” sözcüğünden gelmiş olup, “bastırmak, alçakta olmak” anlamlarını ihtiva etmektedir (10).

Depresyon, günlük rutin faaliyetleri kısıtlaması ve buna bağlı olarak iş gücü kayıpları nedeniyle bireylerin hayat kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bununla beraber işlevsellikte bozulma, uzun tedavi süreçleri ve intihar riski yönünden de toplumsal olarak maliyetli bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (11).

Depresyon, toplumda yaygın olarak görülmesine rağmen, doğru zamanda tanı konulup, tedavi edilmediği durumlarda; işlevsellikte ciddi kayıplar ve hatta erken ölüme kadar uzanan ciddi riskler barındırmaktadır (12). Depresyon tanısı alan hastaların büyük bir kısmı, psikiyatri uzmanına gitmeden, birinci basamak hekiminde tanı alır ve tedavi olur (12). Hal böyleyken, birinci basamak hekimleri için de depresyonun tanı, ayırıcı tanı, tedavi ve izlemi büyük bir önem arz etmektedir.

### **2.2 Depresyonun Tarihçesi**

Depresyonun tarihi, Sümer ve Mısır kaynaklarına kadar dayansa da bir kavram olarak depresyonu ilk defa Hipokrat kullanmıştır. Hipokrat, insan vücudunda kan, sarı safra, kara safra ve lenf olmak üzere dört sıvının dolaştığından bahsetmiştir. Ona göre kara safra ve lenf sıvısı melankoli, mani ve paranoya gelişimiyle ilişkilidir. “Eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir.” sözü ile de depresyonu bir hastalık olarak kabul ettiğini düşündürmektedir (13).

Hipokrat’tan sonra Celcus, Vesalius, Burton ve Galen gibi isimler, bu konuyla ilgili çalışmalarıyla, depresyon tanımını bir adım ileriye taşımışlardır (14). On dokuzuncu ve yirminci yüzyıllarda çeşitli bilim adamlarının katkılarıyla depresyon kavramı ve tanımı, artık günümüzde kullanılan şekline kavuşmuştur (15).

Günümüze doğru yaklaşıldığında ise, depresif duygudurum bozukluğu için tanı ölçütleri, Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından ilk olarak 1952 yılında ortaya konulmuş ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kısaltmasıyla adlandırılan yayınlarla belirlenmiştir. İhtiyaç dahilinde belirli aralıklarla bu yayınlar, tekrar gözden geçirilip,

revize edilmektedir. En son 2013 yılında güncellenen DSM-5'te depresyon tanı kriterleri ayrıntılı şekilde tanımlanmıştır (16).

### **2.3. Depresyonun Etiyolojisi**

Depresyonun etiyolojisinde etkili olan faktörler; psikolojik, genetik ve biyolojik faktörler başlıkları altında genel olarak üçe ayrılabilir da bu etmenler arasındaki sıkı bağlar nedeniyle, bu ayrımın tam olarak yapılamayacağına yönelik iddialar da mevcuttur.

#### **2.3.1. Psikolojik Etkenler**

##### **2.3.1.1. Psikanalitik Görüş**

Depresyonla alakalı olarak ilk psikanalitik görüş örnekleri Freud ve K. Abraham'a aittir. Bu görüşe göre; sevgi duyulan, değer verilen, kişi ya da nesne, herhangi bir şeyin kaybı durumunda, yitirilen şeye karşı gelişen bir içe atım söz konusu olur. Bununla beraber değer verme ve sevgi duygularının yanı sıra, kişinin bilinçaltında nefret, öfke gibi olumsuz duygular da barınmaktadır. Bu duygular da zamanla şahsın kendisine döner. Bu durumda da kişinin kendisine verdiği değerde azalma ve suçluluk duyguları doğabilir. Dolayısıyla depresyon belirtilerinin ortaya çıkması bu şekilde olabilmektedir (17).

##### **2.3.1.2. Bilişsel Görüş**

Aaron Beck'in bilişsel kuramına göre, insanlar herhangi bir olay karşısında verecekleri tepki ve takınacakları tutumu, daha önce öğrendikleri belirli bir kalıp çerçevesinde oluşturup, tekrar ederler. Bu tutumlar zamanla otomatik hale gelir. Bu kalıplaşmış düşüncelere örnek olarak; kötümserlik, umutsuzluk, kendini değersiz hissetme ve çaresizlik verilebilir. Dolayısıyla kişinin bilişsel yanlış yorumlamaları, depresyon oluşmasında önemli bir etken olabilmektedir (18).

#### **2.3.2. Genetik Etkenler**

Depresyonun etiyolojisinde genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığına dair literatürde pek çok çalışma bulmak mümkündür. Bununla beraber tek başına etkili olabilecek kesin bir gen bulunamamış olup, çeşitli gen birlikteliklerinin hastalık üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir. Tanımlanan birçok genin hastalığa katkısı veya çevresel uyaranlara karşı hassasiyeti artırıcı etkisi bulunmaktadır (11).

İkiz kardeşleri inceleyen araştırma sonuçlarına göre depresyonda genetik geçişin etkisinin olduğu belirtilmiştir (19). Evlat edinmiş aileleri ele alan çalışmalarda ise depresyonun

biyolojik ebeveynlerde olması, çocuklarda görülme ihtimalini artırmıştır (20). Birinci derece akrabalık durumunda da depresyon riski normal popülasyona göre önemli derecede artmaktadır (11).

### **2.3.3. Biyolojik Etkenler**

Özellikle psikiyatrik bozukluklar başta olmak üzere, diğer birçok hastalıkta olduğu gibi, depresyonda da tüm klinik tabloyu açıklayabilecek net bir mekanizma ortaya konulamamıştır. Bununla beraber birçok çalışmada depresyona sebep olabilen çeşitli etmenler tanımlanmıştır.

#### **2.3.3.1. Biyojenik Aminler**

Yapılan çalışmalarda özellikle serotonin ve noradrenalin sistemleri üzerinden depresyonun etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca diğer bir amin türevi olan dopamin de etiyolojide rol oynayan bir diğer faktördür. Bu maddeler arasındaki dengenin bozulması ile beynin fonksiyonel yapısı ve işleyişindeki bozukluk; depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (10).

Serotonin, üzerinde en çok araştırma yapılmış ve depresyonun ortaya çıkmasında en fazla role sahip olan maddedir. Triptofan aminoasidinden sentez edilen bir monoamin olan serotonin, merkezi sinir sistemindeki nöronların sinaps, presinaptik ve postsinaptik bölgelerinde birtakım etkilere sebep olarak depresyonu ortaya çıkarmaktadır (21).

Depresyonun bir diğer önemli biyolojik sebebi olarak gösterilen madde noradrenalinidir. Noradrenalin sisteminin etkinliğinin azalması da depresyon gelişiminde rol oynamaktadır (22).

Merkezi sinir sisteminde yaygın bir şekilde bulunan dopaminin de sinaps bölgelerindeki dağılımında bozukluk olması depresyona neden olabilmektedir (23).

İleriki bölümlerde değinilecek olan farmakoterapide, etiyolojide etkili olan nörotransmitter maddelerin merkezi sinir sistemi üzerindeki dengelerinin sağlanması üzerinden yapılan çalışmalar, bu etkileri desteklemektedir.

### **2.3.4. Nöroendokrin Sistem**

#### **2.3.4.1. Hipotalomo-Pitüiter-Adrenal Eksen**

CRH, ACTH ve kortizol seviyeleri stres esnasında artmaktadır. Dolayısıyla depresyonda plazmada kortizol konsantrasyonu, kortizol metabolitleri artmıştır ve 24 saatlik idrarda serbest kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Yani depresyonda kortizol hipersekresyonu olmaktadır (24). Bu eksenin var olan bozuklukları işaret eden deksametazon supresyon testi (DST), depresyon hastalarının yarısında bozulmuş olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Depresyon tanısı alan hastaların çoğunda tedavi sonrası bozuk olan DST'nin de düzeldiği görülmüştür. Düzelmenin olmaması ise kısa süre içinde hastalığın nüks edebileceğinin göstergesi olarak kabul edilir (23).

#### **2.3.4.2. Prolaktin**

Hiperprolaktinemi tanısı alan hastalarda depresyon, azalmış libido, stres intoleransı, anksiyete ve artmış iritabilite gözlenmektedir. Dolayısıyla prolaktin hormonu depresyonla direkt ilgilidir (25).

#### **2.3.5. İmmün Sistem**

İmmünolojik bozuklukların birincil sebep olmaktan çok kortizol artışına veya hipotalamik seviyedeki bozukluklara sekonder olarak geliştiği iddia edilmektedir. Bağışıklık sisteminin sürekli çalışması sonucu depresyon hastalarında IL-6, IL-1, TNF-alfa, CRP de yükselir. Yapılan araştırmalar, sitokinlerin seviyesindeki yükseklik ile depresyon belirtilerinin şiddeti arasında bir korelasyon olduğunu saptamıştır. Antidepresanlar, depresyon döneminde yükselen sitokinlerin üretimini baskılayarak tekrar normale dönmesini sağlamaktadır (26).

### **2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi**

Depresyon tüm psikiyatrik hastalıklar içinde dünyada en yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluktur. Her yaşta görülebilmesine karşın, özellikle 25-44 yaşları arasında yani genç yaş grubunda yoğun olarak görülebilmektedir (27). Depresyonun ilk olarak görüldüğü yaş dönemi önemlidir. Çünkü erken yaşlarda başlayan depresyon; işlevselliği daha çok etkilemekte, toplumsal uyumu ve hayat kalitesini daha çok bozmakta ve hastalığın daha şiddetli seyretmesine sebep olabilmektedir. Erken yaşlarda başlayan depresyonun, intihar girişimi riskini de artırdığı iddia edilmektedir (10). Kadın cinsiyette erkeklere oranla yaklaşık olarak iki kat daha fazla görülmektedir (28). Fakat yaşın artmasıyla beraber kadın ile erkek arasında oluşan bu fark gittikçe azalmaktadır (29).

Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Epidemiyolojik çalışmaların sonuçları toplumdan topluma farklılık arz etmektedir. Bu amaçla yapılan çok merkezli bir çalışmaya Almanya, Hollanda, Brezilya, Meksika, Kanada, Japonya, Şili, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Çek Cumhuriyeti ve Türkiye dahil olmak üzere 10 farklı ülkeden yetişkinler katılmıştır. Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı Japonya'da %3 olarak en düşük seviyede, ABD'de ise %16,9 olarak en yüksek seviyede saptanmıştır. Türkiye'de ise bu oran %6,3 olarak bulunmuştur (30).

2006 ve 2008 yıllarında Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi tarafından gerçekleştirilen geniş katılımlı bir çalışma sonucunda major depresyonun yıllık prevalansı %3,4 olarak saptanmıştır (31). Yine ABD’de 2008-2012 yılları arasında yapılan Ruh Sağlığı Sürveyans Çalışması’nda major depresyonun yıllık prevalansı %6 olarak bulunmuştur (32).

DSÖ koordinatörlüğünde 1989-1993 yılları arasında, Türkiye’nin de dahil olduğu 14 ülkede yapılan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” çalışmasında, Türkiye’de bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyonun %10,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmanın Türkiye’yle ilgili verilerinde ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tanı sistemi temelli Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi kullanılmış ve depresyon oranı %11,6 olarak bulunmuştur (33).

Ülkemizde yapılan en geniş ve kapsamlı araştırmalardan biri olan ve 7479 kişinin katıldığı Türkiye Ruh Sağlığı Profil Araştırması sonuçlarına göre ise son bir yıl değerlendirildiğinde depresif epizot sıklığı %4,0 olup, bu oran kadınlarda %5,4 ile %2,3 oranında olan erkeklerden yaklaşık 2 kat yüksektir (34).

Hastaneye başvuran hastaların, birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlemek üzere Türkiye’de yapılan bir çalışmada katılımcıların %30,8’i birinci basamağı kullanmakta olup kronik hastalık oranı %54 iken depresyon/anksiyete oranı %11,9 olarak tespit edilmiştir (35).

## **2.5. Depresyon İçin Risk Faktörleri**

### **2.5.1. Yaş**

Depresyon, insan ömrünün her yaşında görülebilmesine rağmen, genelde başlangıç zamanı yirmili yaşlardır. Çocukluk döneminde ortalama olarak %2-5, ergenlikte %6-15 ve erişkin toplumda ise %10 oranında görülür (36). Depresyon, daha sık olarak genç yaş grubu olan 25-44 yaş aralığında görülmektedir (10).

### **2.5.2. Cinsiyet**

Literatürde mevcut olan çalışmaların ortak sonuçlarından biri de depresyonun, kadın cinsiyette erkeklere göre daha fazla görülmesidir. Sonuçlar toplumdan topluma fark etse de kadınlarda, erkeklerin yaklaşık iki katı kadar daha fazla depresyon riski olduğu görülmüştür (37).

### **2.5.3. Medeni Durum**

Yapılan çalışmalarda bekârların ve eşi vefat etmiş veya eşinden ayrılmış olanların; evlilere nazaran depresyona yakalanma açısından daha fazla risk taşıdığı gösterilmiştir (38, 39).

### **2.5.4. Eğitim Durumu**

Eğitim durumu ile ilgili olarak, literatürde çeşitli sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalara göre eğitim düzeyinin düşük olması, depresyon açısından bir risk faktörü olarak belirtilmiştir. Düşük eğitim seviyesindeki kişilerde depresyon riski daha fazla olmaktadır (38-40).

### **2.5.5. Sosyoekonomik Düzey**

Düşük sosyoekonomik düzeyin beklendiği gibi depresyon açısından risk teşkil ettiği belirtilmiştir (41). İnsanların başa çıkmak zorunda oldukları maddi imkânsızlıklar, fakirlik gibi zorlayıcı sebepler depresif belirti ve bulguların beklenenden daha erken ortaya çıkmasına ve kalıcı hale gelmesine neden olabilmektedir (42).

### **2.5.6. Sigara**

Sigara bağımlılığı her ne kadar fiziksel olarak ciddi hastalıklara sebep olsa da ruhsal olarak da depresyon riskini artırmaktadır. Aynı zamanda sigarayı bırakmak isteyip de başarısız olan kişilerde de depresyon riskinin daha çok arttığı saptanmıştır (43).

### **2.5.7. Kronik Hastalık**

Hayatın belli bir döneminde ortaya çıkan ve uzun bir süre, belki yaşam boyunca devam edegelen kronik hastalıklar, uzun soluklu tedaviye uyumu zorlaştırmakta ve depresyona meyli artırmaktadır (44).

## **2.6. Depresyonun Sınıflandırılması**

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin oluşturduğu DSM sınıflandırma sistemi, en yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemidir. En güncel hali 2013 yılında yayınlanan DSM-5'tir. DSM-5'e göre depresif bozukluklar şu şekilde sınıflandırılabilir (45):

- Major (yeğın) depresif bozukluk,
- Süregiden depresif (distimik) bozukluk,
- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu,
- Premenstrüel disforik bozukluk,
- Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk,

- Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk,
- Diğer belirtilen depresif bozukluk,
- Tanımlanmamış depresif bozukluk.

## **2.7. Depresyon Tanısı ve Ayırıcı Tanı**

### **2.7.1. Tanı**

Depresyonun tanı kriterlerini oluşturan belirti ve bulgular, çoğu kişide zaman zaman görülebilmektedir. Depresyon tanısı için ise bu belirti ve bulguların özellikle işlevselliği bozması ve süreklilik arz etmesi gerekmektedir.

Depresyon tanısı, hastayla klinik görüşme esnasında DSM-5 kriterleri kullanılarak konulur. DSM-5 kriterleri aşağıdaki gibidir (45):

**A.** İki haftalık bir dönem süresince, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı ya da zevk alamama olması,

1. Depresif ruh hali; üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün
2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün
3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün
4. Psikomotor gerileme veya ajitasyon; neredeyse her gün
5. Yorgunluk, enerji kaybı; neredeyse her gün
6. Dikkati toplayamama; neredeyse her gün
7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün
8. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün
9. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün

**B.** İşlev kaybı vardır.

**C.** Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

**D.** Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

**E.** Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik dönem yoktur.

### **2.7.2. Ayırıcı Tanı**

Birçok hastalıkta, depresyondaki belirti ve bulgularla karşılaşılabilir. Depresyon tanısı konulmadan önce var olan belirtilerin mutlaka medikal bir hastalığa, ilaç veya madde kullanımına sekonder gelişen bir durum olup olmadığı ayırt edilmelidir. Depresyon ayırıcı tanısında dikkatle incelenmesi gerekli olan hastalıklar ve durumlar aşağıda verilmiştir (8):

#### **2.7.2.1. Yas**

Değer verilen ve sevilen bir kişinin vefat etmesi üzerine duyulan aşırı üzüntü, iştahsızlık, uykusuzluk gibi belirtiler vardır. Depresyondan farklı olarak, belirti ve bulgular belirli bir süre sonra azalma eğilimindedir. Değersizlik ve suçluluk duyguları genelde yoktur (46).

#### **2.7.2.2. Demans**

İleri yaşlarda daha sık olarak tanı konulan demans, kognitif fonksiyon bozukluğu yönünden depresyonla karışabilir. Bununla beraber her iki hastalıkta da erken teşhis ve tedavi büyük önem arz etmektedir (47).

#### **2.7.2.3. Şizofreni**

Şizofreni başlangıcında veya seyri içinde depresif belirti ve bulgularının görüldüğü dönemler zaman zaman görülebilir. Fakat hezeyanlar, uygunsuz davranışlarla depresyondan ayırt edilir (1).

#### **2.7.2.4. Bipolar Bozukluk**

Depresyon tanısı konulan bir hasta, mutlaka hipomanik ve manik epizot semptomları açısından sorgulanmalıdır. Zira bu epizotların büyük bir kısmının arkasından depresif atak görülebilir (48).

Genel olarak bedensel diğer hastalık grupları açısından ayırıcı tanıya gidilebilecek olanlar, aşağıda sistemik olarak sıralanmıştır:

#### **2.7.2.5. Nörolojik Hastalıklar**

Serebrovasküler hastalıklar, serebrovasküler neoplazmlar, migren, alzheimer, demans, parkinson, epilepsi, multiple skleroz, huntington hastalığı.

#### **2.7.2.6. Kardiyak Hastalıklar**

Miyokart enfarktüsü, mitral valv prolapsusu, hipertansiyon.

#### **2.7.2.7. Gastrointestinal Hastalıklar**

Pankreatit, siroz, enflamatuvar bağırsak hastalıkları.

#### **2.7.2.8. Hematolojik Hastalıklar**

Hemofili, orak hücreli anemi.

#### **2.7.2.9. Renal Hastalıklar**

Kronik böbrek yetmezliği.

#### **2.7.2.10. Endokrin Hastalıklar**

Paratiroid hastalıkları (hipo-hiperparatroidi), adrenal hastalıklar (addison, cushing, hiperaldosteronizm), tiroid hastalıkları (hipo-hipertroidi), diyabetes mellitus.

#### **2.7.2.11. Neoplastik Hastalıklar**

Lösemi, lenfoma, pankreas neoplazmı, akciğer neoplazmı.

#### **2.7.2.12. Enfeksiyöz Hastalıklar**

AIDS, viral pnömoni, enfeksiyöz mononükleoz, tüberküloz, hepatit.

#### **2.7.2.13. Romatolojik Hastalıklar**

Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, sarkoidoz, Sjogren sendromu, temporal arterit.

#### **2.7.2.14. Beslenme Yetersizlikleri**

Demir, vitamin B12, folik asit, tiamin, niasin eksiklikleri.

#### **2.7.2.15. İlaç ve Maddelere Sekonder Etkiler**

Barbitürat, benzodiazepin, simetidin, betablokör, steroidler, indometazin, alfa metildopa, oral kontraseptifler, sülfonamid türevleri, kokain, dijitaler, antineoplastik ilaçlar.

## **2.8. Depresyonun Tedavisi**

### **Tedavide Genel İlkeler:**

Depresyon tedavisi, başlıca üç farklı yöntemle yapılmaktadır. Bunlar farmakoterapi, elektrokonvulsif terapi (EKT) ve psikoterapidir. Tedaviyi yapan hekim, üç farklı seçeneği değerlendirip, hastaya en uygun yöntemi uygulayabilir. Hastalığın seyrine göre, kombinasyon tedavisi şeklinde de uygulanabilir. Günümüzde en yaygın olarak kullanılan yöntem, farmakoterapidir.

Tedavinin esas gayesi, semptomların tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Doğru tanı koymak ve tedaviye hemen başlamak önemlidir. Bununla beraber uygun tedavi seçimi, hastanın tedaviye uyum sağlaması, intihara meylin belirlenmesi, nüksün engellenmesi, yan etkiler hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmesi tedavide temel prensiplerdendir (49).

Tedavi sürecinde hastanın beklentilerini ve isteklerini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Hastanın aktif katılımı, tedaviye uyumu artırmakta ve şifaya kavuşma yolunda önemli rol oynamaktadır. Tedavi başlangıcından bir-iki hafta sonra hasta kontrole çağırılmalıdır. Tedaviye yanıt için üç-dört hafta beklenmesi gerekmektedir. İyileşme gözlendikten sonra ilaca devam edilmeli, 6 aydan bir yıla kadar aynı dozdan ilaç kullandırılmalıdır (50).

Hastanın hayati fonksiyonları azalmışsa, psikotik semptomları veya intihar düşünceleri varsa, prognoz gittikçe kötüleşme eğilimindeyse hasta hospitalize edilmeli ve en etkili ve hızlı olan tedavi yöntemlerinden EKT tercih edilmelidir.

### **2.8.1. Farmakoterapi**

Farmakoterapi, orta-ağır seviyedeki depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. İlaçların etkileri; nörotransmitterlerin sinaps aralığındaki geri alımını azaltmak, nörotransmitterlerin reseptörlerini bloke etmek ve nörotransmitter yıkımında etkili olan monoamin oksidaz enzimini inhibe etmek şeklindeki mekanizmalarla gerçekleşmektedir (51).

Antidepresan ilaçlara hastanın vereceği cevap; düzenli kullanmak şartıyla bir ila üç hafta arasında değişebilir. Bu devrede öncelikle uyku ve iştah düzelir. Sonrasında ise toplumsal etkileşimlerde düzelme ile süreç devam eder. Depresyonun akut tedavisi 2-4 aylık bir süreçtir. Bu süreçteki temel amaç; hastanın semptomlarını gidermek, sosyal ilişkilerini tekrar eski düzeyine getirmektir. Akut evre tedavisi başarıyla tamamlandıktan sonra,

hastalığın tekrarlamasını engellemek maksadıyla idame tedavi sürecine geçilir. Bu süreç ise 6-12 ay arasında değişkenlik göstermektedir. Eğer hastanın ilk depresif atağı ise kullandığı ilacın dozu azaltılarak, ilaç kesilir (52). Tam şifaya kavuşmuş ilk depresif ataktan sonra en az 6 ay, iki veya daha fazla olan ataktan sonra da en az bir yıl idame tedavi uygulanmalıdır. Yapılan klinik çalışmalarda, idame tedavinin etkinliği kanıtlanmıştır (49).

Seçilecek olan ilaç; hastanın ek hastalık durumuna, ailesinde benzer grupta ilaç kullanan olup olmamasına, ilacın yan etki profiline göre değişiklik gösterir (53).

#### **2.8.1.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)**

Bu grup ilaçlar, sinaps aralığındaki serotoninin geri alımını inhibe ederler. Yan etki profilinin az olması, terapötik aralığının geniş olması ve iyi tolere edilebilmesi nedeniyle, ilk tercih edilen gruptur. Bu grup ilaçların önemli bir özelliği sitokrom P450 enzim sistemi üzerinden etki göstererek, özellikle CYP2D6'yı inhibe etmeleridir. Bu enzim sistemi üzerinden etki gösteren ilaçlar metabolize olamadığı için beklenen klinik etki gözlenmez, dolayısıyla tedavi sekteye uğrar (54). Bu grupta yer alan ilaçlar sitalopram, essitalopram, fluvoksamin, fluoksatin, paroksetin ve sertralindir.

Yan etkilerine arasında bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, sedasyon, ağız kuruluğu, cinsel isteksizlik, empotans, ejakülasyon gecikmesi gibi durumlar görülebilir (49).

#### **2.8.1.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI)**

Serotonin ve noradrenalin yıkımına sebep olan hücre içindeki monoamin oksidaz enziminin çalışmasını inhibe ederek etki gösterirler. İştah artışı ve fazla uyuma ile seyreden depresif vakalarda tercih edilebilir (54). Kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda kullanıldığında olumlu sonuçlar alınmıştır. Türkiye’de bu grupta moklobemid bulunmaktadır.

#### **2.8.1.3. Trisiklik Antidepresanlar (TCA)**

Bu gruptaki ilaçlar serotonin, noradrenalin ve az miktarda dopamin geri alımını inhibe ederler. Depresyon tedavisinde etkin olarak kullanılan alternatiflerdendir. Fakat antikolinergik yan etkileri sebebiyle konstipasyon, bulanık görme ve ağız kuruluğuna; antihistaminik yan etkileri sebebiyle kilo artışı ve sedasyona sebep olurken; alfa blokaj etkisiyle de baş dönmesi ve hipotansiyon yaparlar. Bu sebeplerden dolayı, düşük dozlarda kullanılmalıdır (54). Bu gruptaki ilaçlara örnek olarak klomipramin, imipramin, amitriptilin, opipramol, maprotilin verilebilir.

#### **2.8.1.4. Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI)**

Noradrenalinin sinaps aralığındaki geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. Yorgunluk, apati, dikkat ve enerji azalması gibi belirtilerin giderilmesinde kullanılmaktadır (49). Bu grupta bulunan ilaçlardan, ülkemizde kullanılan sadece reboksetin vardır.

#### **2.8.1.5. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)**

Bu gruptaki ilaçlar düşük dozlarda serotonerjik, yüksek dozlarda ise noradrenerjik sistemler üzerinde etkilidir. Yan etkileri yönünden SSRI'lara benzerler. Tedavide birinci seçenek olarak veya SSRI tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda alternatif olarak kullanılabilir. Venlafaksin, milnasipran bu grupta olan ilaçlardandır (55).

#### **2.8.1.6. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDGI)**

Noradrenalin ve dopamin geri alımını inhibe ederek etki gösteren bu grup ilaçların ülkemizde kullanılan tek örneği bupropiondur. Antidepresan olarak kullanımından öte, düşük dozda sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Cinsel yan etki ve uyku bozukluğu görülmemesi, ilacın avantajları arasındadır (49).

#### **2.8.1.7. Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA)**

Bu ilaçlar, monoaminleri veya monoamin geri alım pompalarını bloke etmeksizin, serotoninin ve noradrenalin düzeyini arttıırırlar. Mianserin ve mirtazapin bu grupta yer almaktadır. Mirtazapinin, anksiyolitik ve sedatif etkileri de bulunmaktadır. Mirtazapinin yan etkileri arasında kilo alma, sedasyon ve agranülositoz bulunur (56).

#### **2.8.1.8. Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SAGI)**

Serotonin 2A reseptörlerini ve serotonin geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. Bu gruptaki ilaçlara nefazodon ve trazodon örnek olarak verilebilir. Uykusuzluk şikayeti olan hastalarda tercih edilebilirler (56).

### **2.8.2 Elektrokonvulsif Terapi**

Depresif hastada intihar düşüncesi mevcutsa, psikotik semptomlar görülüyorsa, ilaç kontrendikasyonu varsa, en etkili yöntem olarak kabul edilen tedavi şekli EKT'dir. Kısa vadeli etkinliği kanıtlanmış olsa da uzun vadedeki etkinliği, henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamıştır (57).

### **2.8.3. Psikoterapi**

Psikoterapi ve farmakoterapi ikilisinin birlikte kullanımı; depresyon tedavisinde kullanılan en etkili yaklaşım olduğu, yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bununla beraber tek başına psikoterapi kullanılması ile de hafif düzeydeki depresyonda, farmakoterapi etkinliği kadar etkili bulunmuştur. Psikoterapinin, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların etkisini de artırdığı yine çalışmalarla ortaya konmuştur (58).

#### **2.8.3.1. Bilişsel Terapi**

Depresyonun etiyolojisinde bahsedilen bilişsel çarpıtmalar üzerine. odaklanan bilişsel terapi; hastanın olumsuz bilişlerini, inançlarını tanımlamaya yardım edip, tekrarlamasını önlemeyi ve depresif atakları yatıştırmayı hedefler. Yapılan birçok çalışmada farmakoterapi ile eş etkide olduğu ortaya konulmuştur. İki yıldan fazla yapılan izlemlerde, diğer tedavi yöntemlerine kıyasla nüks oranı daha düşük bulunmuştur (59).

#### **2.8.3.2. Davranışsal Terapi**

Kişinin uyumsuz ve olumsuz alışkanlıklarının ve davranışlarının yerine uygun olan davranış kalıplarını koymayı hedefleyen bir terapi türüdür. En az bilişsel terapi kadar etkin olduğu saptanmıştır (60).

#### **2.8.3.3. Kişiler Arası (İnterpersonal) Terapi**

Bu tedavi yöntemi, hastanın kişiler arasındaki ilişki problemine odaklanır. Mevcut olan problemin daha önceki olumsuz ilişkilerden kaynaklandığı ve depresif semptomları ortaya çıkarmış olduğu görüşü savunulur. Yapılan çalışmalarda yine bilişsel terapi kadar etkili olduğu ortaya konmuştur (61).

#### **2.8.3.4. Öz Farkındalığa Dayalı Bilişsel Terapi**

Hastanın durumunu kabullenmesi ve bulunduğu zamana eleştirel olmayan ve net bir şekilde odaklanarak farkındalık hali içinde olan bir tedavi şeklidir (62).

### **2.9. Depresyonun Prognozu**

Depresyon, sinsi ilerleyen bir hastalıktır. Çeşitli fiziksel şikayetler; halsizlik, iştahsızlık, çabuk yorulma sebepleriyle hasta ilk olarak aile hekimlerine veya psikiyatri dışı uzman hekimlere başvurumaktadırlar. İlk depresyon dönemleri çoğunlukla üzücü, stres kaynağı olan bir olayın üzerine başlar. Bu sebeple de geçici bir durum olarak algılanabilir.

Hasta bu durumla baş etmeye çalıştıkça ve başaramadığını anladıkça çaresizlik sarmalına kapılır. Ağır depresyonda ise durum daha farklıdır. Hastada intihar düşüncesi bulunabilir veya intihar planları yapabilir.

İlk defa depresif nöbet geçiren hastaların ikinci kez %50-60'ı, iki kere geçirenlerin ortalama %70'i ve üç kez geçirmiş olanların da yaklaşık %90'ı tekrar aynı dönemleri yaşamaktadır (63). Bununla beraber psikotik özellik görülmesi de nüks riskini artıran diğer bir faktördür. Ek olarak herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması durumunda da nüks ihtimali artmaktadır (64).

## **2.10. Depresyon Taramasında Kullanılan Ölçekler**

Depresyon taramasında farklı yaş ve gruplara yönelik olarak kullanılan birçok ölçek mevcuttur. Bu ölçekler; hastanın kendisine uyguladığı veya hekimin hastaya uyguladığı olmak üzere iki çeşittir. Hastanın kendi kendine uyguladıkları ölçekler arasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Zung Depresyon Anketi sayılabilir. Hekimin hastasına yüz yüze uyguladıkları arasında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği örnek gösterilebilir. Bunların dışında belirli yaş gruplarına yönelik olarak çocuklar için ve geriatric grup için özel olarak geliştirilmiş ölçekler bulunmaktadır. Ayrıca özel tıbbi durumlara ait olan Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği de literatürde mevcuttur (16, 65).

### **2.10.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olup, çoktan seçmeli 21 sorudan oluşmakta ve depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılmakta olan bir ölçektir. Beck Depresyon Ölçeği, tanı koymaktan ziyade tarama amaçlı kullanılmakla birlikte, aynı zamanda hızlı teşhis koymak için de kullanılmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği, iki faktörlü bir yapıya sahiptir. Bunlar; “duygu” (kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum) ve “somatik” (her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum) şeklindedir. Fakat ölçeğin Türkçe uyarlamasında dört faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Faktörler “umutsuzluk”, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları”, “bedensel kaygılar” ve “suçluluk duygulanımları” olarak isimlendirilmiştir. Her madde depresyona ait belirtileri göstermekte ve 0-3 değerleriyle ifade edilen az ile çok arasında değişen dördümlü dereceleme ölçeği üzerinde puanlanmaktadır. Her bir maddeden alınabilecek minimum puan sıfır ve maksimum puan üçtür. Bu puanlar toplanarak depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan sıfır iken, en yüksek puan 63'tür. Buna

göre, toplam puan arttıkça depresyon düzeyi de doğru orantılı olarak artmaktadır. Toplam puan göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirme şu şekildedir: 0-9 puan arası minimal düzeyde depresif belirtiler, 10-16 puan arası hafif düzeyde depresif belirliler, 17-29 puan arası orta düzeyde depresif belirtiler ve 30-63 puan arası ise şiddetli düzeyde depresif belirtileri göstermektedir (66).

#### **2.10.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):**

Hamilton tarafından geliştirilmiş Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Janet B. W. Williams tarafından 1988 yılında tekrar yapılandırılmıştır. Ölçek hastada depresyon düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Hekim tarafından uygulanır ve 17 soru içerir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır. Her bir maddedeki belirtinin hastada mevcut olup olmadığını ve mevcutsa hafif, orta, ağır gibi şiddet derecesi hekim tarafından belirlenir. Yapılan derecelendirmelerin toplanmasıyla sıfır ile 53 arasında puan elde edilmektedir ve puandaki artış, depresyon şiddetindeki artışa işaret etmektedir (67).

#### **2.10.3. Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ):**

Bu ölçek Zung tarafından 1965 yılında, depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. 10 madde olumlu, 10 madde olumsuz şekilde kurgulanmıştır. Her madde için katılımcılar; hiçbir zaman veya çok nadirden her zamana kadar, 1-4 arasında puanlama yapmaktadırlar. Toplam skoru elde etmek için pozitif maddeler tersine çevrilmekte ve daha sonra hepsi toplanmaktadır. Kesme noktaları, ZDÖ skoru 50'nin altında ise normal, 50-59 arası en hafif-orta düzeyde depresyon, 60-69 arası orta-belirgin düzeyde depresyon, 70'in üzerinde şiddetli depresyon olarak tanımlanmaktadır. Şiddet endeksi toplam skorun 80'e bölünmesi ile hesaplanmaktadır (65).

#### **2.10.4. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB):**

Beck ve arkadaşları tarafından 1997 senesinde geliştirilmiş olan; 2005 yılında, Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliği ve güvenilirliği yapılan ölçek üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Her başlık sıfırdan üçe kadar derecelendirme içerir. Toplamda minimum sıfır, maksimum 21 puan elde edilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte, dördün

üzerindeki puanlarda %93 duyarlılık, %94 özgüllükle depresyon taramasında kullanılabildiği tespit edilmiştir (68).

### **2.11. Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım**

Dünyadaki birçok ülkede tedavi edilebilecek ruh sağlığı sorunu olan her 3-4 kişiden biri, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (69). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran tüm hastaların ise %15-40'ının en az bir ruhsal rahatsızlığı bulunmaktadır (70).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre ruhsal bozukluk görülme sıklığı, 18 yaş üstü erişkinlerde %15,4'tür. Bununla beraber, tedavi için başvuru sıklığı ise %4,7'dir. Ruh sağlığı hizmeti almak için hastaların %39'u psikiyatri uzmanına başvururken, %33'ü diğer uzman hekimlere, %21'i ise birinci basamak hekimlerine başvurmaktadır (34).

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi ilk olarak 1978 Alma-Ata Bildirgesi'nde önerilmiştir (8). DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) 2008 yılında ortaklaşa hazırladıkları Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'ne göre toplumda yaygınlığı her geçen gün artan ruhsal bozukluklara karşı en iyi cevabın alınabilmesi için erken evrede tanı konulmalı ve hasta, alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) tedavi edilmelidir (71).

### **2.12. Psikiyatrik Hastalıkların Önlenmesi**

Psikiyatrik hastalıkların önlenmesi birincil (primer), ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) olmak üzere üç şekilde olabilir:

#### **2.12.1. Birincil Önleme (Primer Önleme)**

Hastalık ortaya çıkmadan evvel alınması gerekli olan tedbirleri içerir. Temel amaç risk faktörlerini tanımlayıp ortadan kaldırmak ve hastalıklara karşı direnci arttırmaktır. Yeni olgu sayısının azalması hedeflenir (69).

Stresle başa çıkabilme eğitimleri, sigara-alkol ve madde bağımlılığının zararları hakkında eğitim vermek, primer önlemeye örnek olarak gösterilebilir.

#### **2.12.2. İkincil Önleme (Sekonder Önleme)**

Hastalık henüz semptom vermeden ilerlemesini durdurmayı hedefler. Erken tanı ve tedaviyle psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının azaltılması amaçlanır. Bu amaçla riskli bireylere tarama programları uygulanır. Depresyon semptomlarının taranması yoluyla riskli kişilerin bu hastalığa yakalanmasını önlemek örnek olarak verilebilir (69).

### **2.12.3. Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme)**

Mevcut hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon ile yeti kaybını azaltmak, hastalığın nüks etmesini önlemek ve bireyi tekrar topluma kazandırmak amaçlanır. Özellikle şizofreni gibi ciddi psikiyatrik bozukluklarda tersiyer koruma önemlidir (69).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Erzurum'daki Eğitim tipi ASM (EASM)'lere başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerde, depresyon riskini saptamak amacıyla yapılan araştırma; prospektif, tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Evreni**

Araştırmaya Erzurum Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı olarak faaliyet gösteren 2 adet EASM'de bulunan beş aile hekimliği birimi nüfusuna kayıtlı olan veya misafir olarak muayene için başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstü tüm kişiler dahil edilmiştir. Toplamda 765 gönüllü, onam formunu imzalayıp, ölçeği eksiksiz olarak doldurarak, değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma, 1 Ocak 2021 ile 1 Nisan 2021 tarihleri arasında üç aylık bir zaman zarfı içinde tamamlanmıştır.

#### **3.3. Örneklem**

Araştırmanın örneklem hesabı ana sonuç ölçütü olan depresyon yaygınlığı esas alınarak hesaplanmıştır. DSÖ'nün 2017 yılında yayınladığı rapora göre dünya nüfusunun %4,4'ünde, kadınlarda %5,1 erkeklerde ise %3,6 oranında depresyon görüldüğü belirtilmiştir (3). On bin kişilik bilinen bir evren sayısında %5,1 prevalansında beklenen bir olasılığı %99 güven aralığında, %2,5 hata marjıyla hesaplayabilmek için 490 kişilik bir örneklem gerekmektedir (72). Araştırma verilerinin 6 kümeden elde edileceği dikkate alındığından desen etkisi 1,5 alınmıştır. Böylece 735 kişilik bir örneklem evreni temsil edici olacağı kararlaştırılmıştır. Muhtemel veri kayıpları da dikkate alınarak 809 kişilik bir örneklem hedeflenmiştir. Belirlenen örneklem sayısındaki veriler ASM birimlerinin nüfus sayılarına göre tabakalandırılarak rastgele örnekleme yöntemiyle toplanmıştır. Sonuçta evreni temsil edici bir örneklem olan 765 kişiye ait veriler analiz edilmiştir.

##### **3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
- Aydınlatılmış onam formunu imzalamak,
- 18 yaş ve üstü olmak,
- EASM'deki aile hekimliği birimlerine başvurmak.

### **3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

- Oryantasyon ve kooperasyonu bozuk olanlar,
- Daha önce depresyon tanısı konanlar.

### **3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Çalışmaya başlanmadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı. Sonrasında, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere BDÖ-BB ölçeği verilerek, doldurulması sağlandı.

### **Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği**

Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. 2005 yılında ise Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliği ve güvenilirliği yapılan ölçek; üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Her başlık 0'dan 3'e kadar derecelendirme içerir. Toplamda minimum 0, maksimum 21 puan elde edilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte, 4'ün üzerindeki puanlarda %93 duyarlılık ve %94 özgüllük olacak şekilde aile hekimliği polikliniğine başvuran kişilerde depresyon riskini saptamada maksimum etkinlik göstermiştir (68).

### **3.5. Etik Kurul İzni**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.03.2021 tarihindeki toplantısında, B.30.2.ATA.0.01.00/347 sayılı ve 24 numaralı kararı ile Etik Kurul onayı alınmıştır (EK-1).

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırma kapsamında toplanan veriler “SPSS 20 for Windows” paket veri programı aracılığıyla veri tabanına aktarıldı ve değerlendirildi. Analizlerde verilerin tanımlayıcı özellikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzdelere (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca, en küçük ve en büyük (min.-maks.) değer olarak sunuldu. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov Testi ve grafikleme yöntemleriyle araştırıldı. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare Testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Bu çalışmaya toplam 765 kişi katılmıştır. Katılımcıların minimum yaşı 18 ve maksimum yaşı 82 olup, yaş ortalaması  $33.24 \pm 11.9$  olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin yaş grupları ve dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** Çalışmaya katılan kişilerin yaş grupları ve oranları

| Yaş Grupları  | N          | %            |
|---------------|------------|--------------|
| 18-24         | 202        | 26,4         |
| 25-34         | 295        | 38,6         |
| 35-44         | 131        | 17,1         |
| 45-54         | 79         | 10,3         |
| 55-64         | 40         | 5,3          |
| 65 ve üzeri   | 18         | 2,3          |
| <b>Toplam</b> | <b>765</b> | <b>100,0</b> |

Çalışmaya 548’i (% 71,6) kadın ve 217’si (% 28,4) erkek olmak üzere toplam 765 kişi alınmıştır. Bu bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2.** Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet özellikleri

| Cinsiyet      | N          | %            |
|---------------|------------|--------------|
| Kadın         | 548        | 71,6         |
| Erkek         | 217        | 28,4         |
| <b>Toplam</b> | <b>765</b> | <b>100,0</b> |

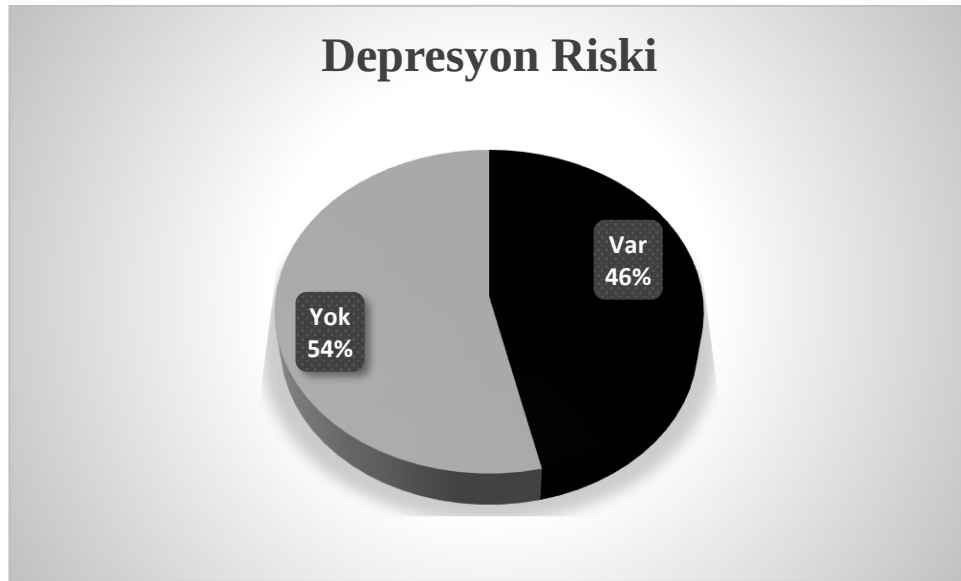
Çalışmaya katılan kişilerin öğrenim durumuna göre dağılımına bakıldığında; 56’sının (%7,3) ilkokul, 55’inin (%7,2) ortaokul, 120’inin (%15,7) lise, 55’inin (%7,2) ön lisans, 372’sinin (%48,6) üniversite mezunu olduğu, 69’unun (%9) yüksek lisans ve 38’inin (%5) de doktora öğrenimini tamamladığı görülmektedir. Bu bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

**Tablo 3.** Çalışmaya katılan kişilerin öğrenim durumuna göre dağılımı

| <b>Öğrenim Durumu</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|----------|----------|
| <b>İlkokul</b>        | 56       | 7,3      |
| <b>Ortaokul</b>       | 55       | 7,2      |
| <b>Lise</b>           | 120      | 15,7     |
| <b>Ön lisans</b>      | 55       | 7,2      |
| <b>Üniversite</b>     | 372      | 48,6     |
| <b>Yüksek lisans</b>  | 69       | 9,0      |
| <b>Doktora</b>        | 38       | 5,0      |
| <b>Toplam</b>         | 765      | 100,0    |

Çalışmaya katılan gönüllüler için BDÖ-BB ölçeğinin puanlaması yapıldıktan sonra 4 ve üzeri puan alan kişilerde depresyon riski olduğu olarak kabul edilip gruplandırıldığında 355 kişide (% 46.4) depresyon riski saptandı. Elde edilen bu veri Şekil 1’de sunulmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin BDÖ-BB puan ortalaması  $4,10 \pm 3,417$  olarak bulunmuştur.



**Şekil 1.** Çalışmaya katılan kişilerde depresyon riski varlığı.

Çalışmaya katılan kişiler depresyon riski açısından yaş ortalamaları bakımından incelendiğine; yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $U= 59582$   $p<0.001$ ).

**Tablo 4.** Katılımcıların yaş ortalamaları ve ortancalarının depresyon riski açısından incelenmesi

| Depresyon Riski | ORT $\pm$ SD     | Median (Min-Maks) | İstatistik            |
|-----------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| <b>Var</b>      | 31.53 $\pm$ 11.5 | 29(18-82)         | P<0.001<br>U= 59582.5 |
| <b>Yok</b>      | 34.72 $\pm$ 12.1 | 32(18-77)         |                       |

Çalışmaya katılan kişiler yaş grupları ve depresyon riski açısından incelendiğine; 18-24 yaş grubunda 115 (%56,9) kişide, 25-34 yaş grubunda 137 (%46,4) kişide, 35-44 yaş grubunda 53 (%39,7) kişide, 45-54 yaş grubunda 29 (%36,7) kişide, 55-64 yaş grubunda 18 (%45) kişide ve 65 yaş ve üzerinde ise 4 (%22,2) kişide depresyon riski bulunmuştur. Bu bulgular Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5.** Katılımcıların yaş grupları ve depresyon riski açısından incelenmesi

| Depresyon Riski |     |      |     |      |                      |
|-----------------|-----|------|-----|------|----------------------|
| Yaş Grupları    | Var |      | Yok |      | İstatistik           |
|                 | N   | %    | N   | %    | x²=18.621<br>p=0.002 |
| 18-24           | 115 | 56.9 | 87  | 43.1 |                      |
| 25-34           | 137 | 46,4 | 158 | 53,6 |                      |
| 35-44           | 52  | 39,7 | 79  | 60,3 |                      |
| 45-54           | 29  | 36,7 | 50  | 63,3 |                      |
| 55-64           | 18  | 45,0 | 22  | 55,0 |                      |
| 65 ve üzeri     | 4   | 22,2 | 14  | 77,8 |                      |
| Toplam          | 355 | 46,4 | 410 | 53,6 |                      |

Cinsiyet açısından depresyon riski karşılaştırıldığında; her iki cinsiyet arasında depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $X^2=0.478$  p=0.489). Kadınların %45,6'sında (250), erkeklerin ise %48,4'ünde (112) depresyon riski tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyetlerine göre depresyon riskinin dağılımı

| Depresyon Riski |     |      |     |      |        |     |
|-----------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| Cinsiyet        | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|                 | N   | %    | N   | %    | N      | %   |
| Kadın           | 250 | 45,6 | 298 | 54,4 | 548    | 100 |
| Erkek           | 105 | 48,4 | 112 | 51,6 | 217    | 100 |
| Toplam          | 355 | 46,4 | 410 | 53,6 | 765    | 100 |

$X^2=0.478$   
 $p=0.489$

Öğrenim durumu açısından depresyon riski incelendiğinde; ilkökul mezunlarının 19’unda (%33,9) depresyon riskinin olduğu saptandı. Ortaokul mezunlarının 22’sinde (%40,0) risk bulundu. Lise mezunlarına bakıldığında, 61’inde (%50,8) risk saptandı. Ön lisans mezunlarının 30’unda (%54,5) depresyon riski bulunduğu görüldü. Üniversite mezunlarının 173’ünde (%46,5) risk olduğu, tespit edildi. Yüksek lisansını tamamlamış olanların 30’unda (%43,5) risk vardı. Doktorasını tamamlamış olanların ise 20’sinde (%52,6) depresyona yakalanma riskinin olduğu tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7.** Öğrenim durumuna göre depresyon riski dağılımı

| Depresyon Riski |     |      |     |      |        |     |
|-----------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| Öğrenim Durumu  | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|                 | N   | %    | N   | %    | N      | %   |
| İlkokul         | 19  | 33,9 | 37  | 66,1 | 56     | 100 |
| Ortaokul        | 22  | 40,0 | 33  | 60,0 | 55     | 100 |
| Lise            | 61  | 50,8 | 59  | 49,2 | 120    | 100 |
| Ön lisans       | 30  | 54,5 | 25  | 45,5 | 55     | 100 |
| Üniversite      | 173 | 46,5 | 199 | 53,5 | 372    | 100 |
| Yüksek lisans   | 30  | 43,5 | 39  | 56,5 | 69     | 100 |
| Doktora         | 20  | 52,6 | 18  | 47,4 | 38     | 100 |
| Toplam          | 355 | 46,4 | 410 | 53,6 | 765    | 100 |

$*X^2=6.208$   
 $p=0.045$

\*öğrenim durumları istatistiksel analizde; ilkökul-ortaokul mezunları, lise-ön lisans mezunları, üniversite mezunları ve üzeri olarak birleştirilmiştir.

Öğrenim durumu; ilkökul-ortaokul mezunları, lise-ön lisans mezunları ile üniversite mezunları ve üzeri olarak gruplandırılıp birleştirildiğinde; öğrenim grupları arasında

depresyon riski açısından anlamlı fark mevcuttu ( $X^2=6.208$   $p=0.045$ ). Bunun üzerine yapılan ileri analizde ise farkın lise- ön lisans grubundan kaynaklandığı görüldü ( $U=8249.5$   $p=0.013$ ). Bu sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

**Tablo 8.** Birleştirilen öğrenim durumu gruplarına göre depresyon riski dağılımı

| Depresyon Riski     |     |      |     |      |        |     |
|---------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| Öğrenim Durumu      | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|                     | N   | %    | N   | %    | N      | %   |
| İlkokul-Ortaokul    | 41  | 36,9 | 70  | 63,1 | 111    | 100 |
| Lise-Ön lisans      | 91  | 52,0 | 84  | 48,0 | 175    | 100 |
| Üniversite ve üzeri | 223 | 46,6 | 256 | 53,4 | 479    | 100 |
| <b>Toplam</b>       | 355 | 46,4 | 410 | 53,6 | 765    | 100 |

**$X^2=6.208$   
 $p=0.045$**

Depresyon riski bulunan yaş grupları incelendiğinde; en fazla orana sahip yaş grubu, 25-34 arası olan kişiler olarak saptanmıştır. Bulgular Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9.** Yaş gruplarında depresyon riski görülme oranı.

| Yaş Grubu     | N   | %     |
|---------------|-----|-------|
| 18-24         | 115 | 32,4  |
| 25-34         | 137 | 38,6  |
| 35-44         | 52  | 14,6  |
| 45-54         | 29  | 8,2   |
| 55-64         | 18  | 5,1   |
| 65 ve üzeri   | 4   | 1,1   |
| <b>Toplam</b> | 355 | 100,0 |

Depresyon riski bulunan cinsiyet karşılaştırması yapıldığında, kadın 250 (%70,4) ile erkek 105 (%29,6) ile temsil edilmiştir. Bulgular Tablo 10’da sunulmuştur.

**Tablo 10.** Depresyon riski olan katılımcılarda cinsiyet karşılaştırılması

| <b>Depresyon Riski Olan</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| <b>Kadın</b>                | 250      | 70,4     |
| <b>Erkek</b>                | 105      | 29,6     |

Depresyon riski olan katılımcılar arasında, öğrenim durumuna göre bakıldığında ise en yüksek oranda 173 kişi ile (%48,7) üniversite mezunları olduğu görülmüştür. Bulgular Tablo 11’de verilmiştir.

**Tablo 11.** Depresyon riski olan katılımcıların, öğrenim durumuna göre dağılımı.

| <b>Öğrenim Durumu</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|----------|----------|
| <b>İlkokul</b>        | 19       | 5,4      |
| <b>Ortaokul</b>       | 22       | 6,2      |
| <b>Lise</b>           | 61       | 17,2     |
| <b>Ön lisans</b>      | 30       | 8,5      |
| <b>Üniversite</b>     | 173      | 48,7     |
| <b>Yüksek lisans</b>  | 30       | 8,5      |
| <b>Doktora</b>        | 20       | 5,6      |
| <b>Total</b>          | 355      | 100,0    |

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan kişilerin ortalama BDÖ-BB puanı  $4,10 \pm 3,417$  olarak saptanmıştır. Ölçek puanı 4 ve üzeri depresyon riski olarak kabul edildiğine, katılımcıların %46,4'ünde depresyon riski varlığı ortaya konulmuştur. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda; ortalama BDÖ-BB puanı, literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, ortalama 1.7 ile 8.48 arasında BDÖ-BB puanları bildirilmiştir (68, 73-76). Dolayısıyla yapılan bu çalışma, bu bakımdan literatürle uyumludur. Diğer taraftan, katılımcıların %46,4'ünde depresyon riski varlığı, yapılan diğer çalışmalardan yüksek bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %4,4-19,6 arasında görüldüğü bildirilmiştir (77, 78). Ülkemizde ise bu oranlar %8-20 arasındadır (79). Bu çalışmada saptanan %46,4'lük depresyon riski varlığının sebeplerinden biri, yaklaşık iki yıldır tüm dünyayı etkisi altına alan ve halihazırda ülkemizde de devam eden Covid-19 (Coronavirus Disease-2019: Koronavirüs Hastalığı-2019) pandemisi olabilir. Zira uygulanan kısıtlamalar, insanların üzerinde baskı ve kısıtlılık hissi oluşturmaktadır. Bu çalışma 1 Ocak- 1 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu zaman dilimi, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sokağa çıkma kısıtlamalarının uygulandığı, bazı işletmelerin kapatılmak zorunda kalındığı, sosyal olarak iletişimin kısıtlandığı bir dönem olması hasebiyle, biyopsikososyal bir varlık olan insanın, sağlık durumunun etkilendiği bir döneme denk gelmiştir. Toplumların kriz zamanlarında insanların psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Nitekim Çin'de yapılan bir çalışmaya göre Covid-19'un beraberinde gelen kısıtlamalar nedeniyle çalışmaya katılanların %35'inin psikolojik sıkıntı yaşadığı saptanmıştır (80). Bu sebeple, depresyon riskinde artış olması muhtemeldir. Nitekim yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlar da pandemi döneminde depresyona eğilimin arttığı yönündedir. Literatürde, bu zaman dilimindeki çalışmalara bakıldığında, Çin'de yapılan bir araştırmada, %48.3'lük depresyon yaygınlığından bahsedilmiştir (81). Buna karşın, literatürdeki çeşitli çalışmalarda, %14'lerden %30'lara kadar değişen depresyona yatkınlık oranları verilmiştir (82-85). Pandemi döneminde Türkiye'de yapılan çalışmalara bakılacak olursa; iki farklı çalışmada katılımcıların %22,3'ü ve %23,6'sında depresyon riski saptanmıştır (86, 87). Fakat bu iki çalışma da Covid-19 pandemisinin Türkiye'de pozitif vakanın görüldüğü ilk tarih olan 11 Mart 2020'den kısa bir süre sonra, nisan ayı içerisinde yapılmıştır. Yine 2020 yılının nisan ayı içerisinde Türkiye'de BDÖ-BB kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcıların %30.9'unda depresyon riskinin olduğu saptanmıştır (88). Tüm

bu sonuçlar ışığında bakılacak olursa; gerek bu çalışmanın yapıldığı zaman kısıtlamaların artması gerekse pandemi şartlarının oluşturduğu baskı göz önüne alındığında, depresyon riskinin daha fazla artacağı, dolayısıyla katılımcıların oranının da artacağı düşünülebilir.

Depresyon riski, yaşamın her döneminde görülebilmesine karşın, özellikle genç yaş grubu olarak kabul edilen 25-44 yaş aralığında daha yaygın olarak izlenmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; çeşitli yaş gruplarında farklı sonuçlar alınmış olsa da genç yaş grubu, depresyona yakalanma ihtimalinin arttığı dönem olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca birçok çalışmanın ortak sonucu, depresyon başlangıcının yirmili yaşların sonlarında olduğu yönündedir (89). Türkiye’de ve dünyada üniversite öğrencilerinin dahil edildiği araştırmalara bakılacak olursa; depresyon yaygınlığı yaklaşık %20-40 arasında tespit edilmiştir (90-94). Dolayısıyla genç yaş grubunda depresyon riskinin arttığı görülmektedir. Covid-19 pandemisinde yapılan çalışmalara bakıldığında ise genç yaş grubundaki oran, diğer yaş gruplarına nazaran, yine yüksek bulunmuştur (81, 83, 95). Bu çalışmada ise depresyon riskinin olduğu genç yaş grubu riskin en fazla olduğu popülasyonu teşkil etmektedir. Daha spesifik olarak 25-34 yaş grubu arasındaki kişilerde risk daha çok artmış olarak saptanmıştır. Depresyon riskinin yaş ortalaması ise  $31.53 \pm 11.5$  olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, literatürü desteklemektedir. Öte yandan, çalışmaya katılan kişiler depresyon riski açısından yaş ortalamaları bakımından incelendiğine; yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Literatürdeki birçok çalışma, depresyona yakalanma riskinin kadınlarda yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu belirtmektedir (10, 96). Pandemi döneminde cinsiyet bakımından depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda, her iki cinsiyette de oran olarak artış olduğu görülmektedir. Nitekim Çin’deki çalışmada, kadınlarda %49 ve erkeklerde %46,9 oranında depresyon riski bulunmuştur (81). İngiltere’de yapılan bir başka çalışmada ise kadınlarda %55,29 ve erkeklerde %44,71 oranında depresyon riski tespit edilmiştir (97). Öte yandan, İspanya’da yapılan bir çalışmada ise kadınlarda %21 ve erkeklerde %17,3 depresyon riski ortaya konulmuştur (98). Görüldüğü üzere, her ne kadar sonuçlar birbirinden farklı çıksa da yapılan çalışmaların ortak sonucu, Covid-19 pandemisinde depresyon riskinin her iki cinsiyette de arttığı yönündedir. Bu çalışmada kadınların %45,6’sında, erkeklerin ise %48,4’ünde depresyon riski tespit edilmiştir. Cinsiyet açısından depresyon riski karşılaştırıldığında ise her iki cinsiyet arasında depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla beraber, depresyon riski bulunan katılımcılarda cinsiyet kıyaslaması yapıldığında ise kadınlar %70,4 ve erkekler %29,6 oranında karşımıza

çıkılmaktadır. Bu sonuçlar, literatüre uygun olarak kadınlarda depresyon riskinin yaklaşık iki kat fazla olduğunu ve depresyon riskinin pandemi öncesi döneme göre arttığını göstermektedir.

Öğrenim durumuna göre depresyon riskinin literatürdeki çalışmalarda farklılık arz ettiği görülmektedir. Örneğin, Kanada’da yapılan bir çalışmada ortaöğrenim ve üzerinde depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (99). Bazı çalışmalarda da düşük eğitim düzeyinin depresyona yatkınlığı arttırdığı gözlenmiştir (100, 101). Türkiye’de 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise düşük eğitim düzeyinin, depresyona eğilimi artırmakta olduğu belirtilmiştir (39). Dünyaya bakıldığında ise yine düşük eğitim düzeyinin, depresyona yatkınlığı artırdığına yönelik bulgular mevcuttur (102, 103). Fakat burada göz önünde bulundurulması gereken bir nokta var ki; herhangi bir okul bitirmemiş olan kişilerin de çalışmalara alınmış olmasıdır. Bu çalışmaya ise en az ilk okul mezunu olan kişiler katılmıştır. Pandemi döneminde yapılan çalışmalara bakıldığında ise daha düşük eğitim seviyesinde depresyon riski artışı olduğu gibi, yine yüksek eğitim seviyesinde de riskin arttığı çalışmalar mevcuttur (81, 97, 104-106). Bu çalışmada öğrenim durumları göz önünde bulundurulduğunda; lise, ön lisans ve doktora mezunlarının göreceli olarak daha fazla depresyon riski taşıdığı gözlenmiştir. Daha ileri istatistiksel analiz yapıldığında ise lise-ön lisans mezunları grubunda depresyon riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Şunu da belirtmek gerekir ki çalışmanın yapıldığı 3 birimli EASM, Atatürk Üniversitesi kampüsündeki lojmanlara hizmet vermekte olup, katılımcılardaki üniversite mezunları sayısının bu denli yüksek olması, bu sebebe bağlanmaktadır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısında depresyon riski saptanmıştır. Ortaya konulan bu sonuçta Covid-19 pandemisinin önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple birinci basamak hekimlerinin, pandemi sürecinde, polikliniklere başvuran tüm hastalarda depresyon taraması yapmaları ve depresyon riski saptanan hastaları bir üst basamağa sevk etmeleri, erken tanı ve tedavi açısından önem arz etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hekimler; gerek erken tanı gerekse tedavi ve takip hizmetleri yönünden, önemli bir konumda bulunmaktadır. Ulaşılabilirlik açısından kolay olması nedeniyle ayrışmamış hasta popülasyonu yönünden zengin olan ASM'lerde hastalar depresyon açısından değerlendirilip, risk tespit edilirse ileri tetkik ve tedavi amacıyla üst basamağa yönlendirilebilirler. Bu da dolaylı olarak depresyonun sebep olabileceği sosyal ve biyolojik yeti kayıplarını ve hatta intiharı önleme noktasında, önemli bir durumdur.

## 7. KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. The lancet. 1997;349(9064):1498-504.
3. Depression W. Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization. 2017:1-24.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama. 2003;289(23):3095-105.
5. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1991;84(2):174-8.
6. esin OCAKTAN M, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz dergisi. 2004;12(2):63-73.
7. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. Ankara, MN medikal&Nobel Ltd. 2006:S325-37.
8. Tezvaran Z, Akan H, İzbirak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. Turkish Family Physician. 2010;1(3):1-7.
9. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük [updated 14.06.2021. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
10. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
11. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.
12. Şen G. Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında sosyal destek durumu ve tedaviye uyuma etki eden faktörler. 2021.
13. Binbay Z. Major depresyonu olan hastaların birinci dereceden yakınlarında depresyon varlığının araştırılması, stresle başa çıkma yöntemleri, mizaç ve karakter özellikleri. 2011.
14. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:5-11.
15. Ceylan M. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 4. cilt: Duygudurum Bozuklukları, 1. baskı. İstanbul; 2001.
16. Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in primary care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(4):250-8.
17. Yemez B, Alptekin K. Depresyon etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. 1998;1:21-5.
18. Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. Treatment of depression: Old controversies and new approaches. 1983.
19. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum dizisi. 2001;6:277-82.
20. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. Issues in mental health nursing. 2011;32(4):192-202.
21. A. U, M. A. Depresyonun Nörobiyolojisi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2017;8(1):7-14.
22. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2004;17(1):27-33.
23. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatric Clinics. 2012;35(1):51-71.
24. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam. 2004;17(1):27-33.
25. Akdemir A, Örsel S, Karaoğlu A. depresyon etiyolojisinde nöropeptidler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;5(4):24-9.
26. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. The Lancet. 2012;379(9820):1045-55.
27. Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clinical therapeutics. 2013;35(4):512-22.

28. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.
29. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Archives of women's mental health. 2004;7(2):133-48.
30. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International journal of methods in psychiatric research. 2003;12(1):3-21.
31. Control CfD, Prevention. Current depression among adults---United States, 2006 and 2008. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2010;59(38):1229-35.
32. Karg RS, Bose J, Batts KR, Forman-Hoffman VL, Liao D, Hirsch E, et al. Past year mental disorders among adults in the United States: results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. CBHSQ Data Review. 2014.
33. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2007;10(Sup: 6):3-10.
34. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara. 1998.
35. GÜMÜŞ EÇ, GÜNGÖRMÜŞ Z. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURU YAPAN HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.23(1):119-26.
36. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.
37. KESKİNİ A, ÜNLÜOĞLU İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arşivi. 2013;50(4).
38. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(3):115-21.
39. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Kriz Dergisi.28(3):125-34.
40. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;9(1):9-21.
41. Bostancı M, Özdel O, Oguzhanoglu NK, Özdel L, Ergin A, Ergin N, et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. 2005.
42. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliège D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. The British journal of psychiatry. 2007;190(4):293-8.
43. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø H-M, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. European Psychiatry. 2008;23(2):77-84.
44. Sarıkaya A. Sağlık Bakanlığının Birinci Basamakta Depresyon Sorgulaması İçin Önerdiği Sorular ile Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması 2020.
45. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21.
46. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. Depression and anxiety. 2014;31(6):459-71.
47. Weiner MF, Lipton AM. The American Psychiatric Publishing textbook of Alzheimer disease and other dementias: American Psychiatric Pub; 2009.
48. Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi. 2000;2:77-98.
49. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri, Ek. 2004;4:17-24.

50. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2012;3(2):1-7.
51. Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir?: Hyb; 2006.
52. Gülen G. İstanbul ili silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. 2019.
53. Makas-Oral Y. Depresyon hastalarında kişilik tipi özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara. 2017.
54. Sertöz ÖÖ, HE M. Bedensel hastalıklarda depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;7(Suppl 2):S63-S9.
55. Yalçın B, Öztürk O. Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017; 8 (1): 29. 2017;37.
56. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008;11(3):3-18.
57. Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. Journal of Mood Disorders. 2013;3(5).
58. Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. Journal of clinical nursing. 2007;16(7):1343-52.
59. Kaplan HI, Sadock B. Klinik psikiyatri. E Abay (Çev Ed), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2004.
60. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. Clinical psychology review. 2007;27(3):318-26.
61. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. The British Journal of Psychiatry. 2007;190(6):496-502.
62. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. 2013.
63. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. Journal of affective disorders. 2003;77(2):97-108.
64. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. American Journal of Psychiatry. 2000;157(2):229-33.
65. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2011;86(1):39-47.
66. Farinde A. The Beck depression inventory. The Pharma Innovation. 2013;2(1):56-62.
67. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251-9.
68. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği’nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2005;9(3):117-22.
69. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(4):583-94.
70. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2003;37(2):236-9.
71. Funk M. Integrating mental health into primary care: a global perspective: World Health Organization; 2008.
72. R. L. Java Applets for Power and Sample Size [Computer software] [Internet]. 2009 [updated 2018 May 24. Available from: <https://homepage.divms.uiowa.edu/~rlenth/Power/>.
73. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. General hospital psychiatry. 1999;21(2):106-11.
74. Winter LB, Steer RA, Jones-Hicks L, Beck AT. Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Journal of adolescent health. 1999;24(6):389-94.

75. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(8):785-91.
76. Taştan K, Öztekin C, Kaya A, Demirhan Bİ. Bir üniversite hastanesinde çalışanların depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. 2016.
77. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*. 1992;106(1):S71-S4.
78. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
79. DOĞAN O. Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Sivas, Dilek Matbaası. 1995:74-85.
80. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*. 2020;33(2).
81. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*. 2020;15(4):e0231924.
82. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2020;26:e924609-1.
83. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2020;6(6).
84. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta neuropsychiatrica*. 2020;32(4):226-8.
85. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*. 2021;21(1):100196.
86. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(5):504-11.
87. Cansel N, Ucuz İ, Arslan AK, Kayhan Tetik B, Colak C, Melez ŞNİ, et al. Prevalence and predictors of psychological response during immediate COVID-19 pandemic. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(5):e13996.
88. Firat M, Okanlı A, Kanbay Y, Utkan M, Gokmen BD. The Prevalence of Pandemic Anxiety, Anxiety and Depression During the COVID-19 Pandemic in Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2021;31(2):198-205.
89. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2010;17(1):33-43.
90. AÇIKGÖZ A, Ayfer D, Binbay T. Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medical Journal*. 2018;43(1):131-40.
91. Söylemez F, Ali Ö. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):551-61.
92. ERTEK İE, ÖZKAN S, CANDANSAYAR S, İLHAN MN. TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE STRES, TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;5(1):10-20.
93. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Academic Medicine*. 2014;89(4):573.
94. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic medicine*. 2009;84(2):236-41.

95. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*. 2020;51:102092.
96. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(10):1097-106.
97. Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM. Exposure to coronavirus news on mainstream media: the role of risk perceptions and depression. *British journal of health psychology*. 2020;25(4):865-74.
98. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de saude publica*. 2020;36.
99. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *International journal of mental health systems*. 2007;1(1):1-9.
100. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1-2: lippincott Williams & Wilkins publishers; 2000.
101. Lee L-C, Casanueva CE, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *Journal of Women's Health*. 2005;14(3):225-32.
102. Chevalier A, Feinstein L. Sheepskin or Prozac: The causal effect of education on mental health. 2006.
103. Shittu R. Association between depression and social demographic factors in a Nigerian family practice setting. *Open Journal of depression*. 2014;3(01):18.
104. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(9):3165.
105. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5):1729.
106. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:40-8.

## 8. EKLER

### EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık  
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/349  
Konu : Etik Kurul Kararı

04.03.2021

Sayın:Arş.Gör.Dr.Mehmet DOĞAN  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz  
"Erzurum'da Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Kişilerde, Tanı  
Konulmamış Depresyon Riskinin Araştırılması" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul  
Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Mustafa GÜL  
Etik Kurul Başkanı

Eki :  
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :  
1. Doç.Dr.Kenan TAŞTAN  
2.

Yardımcı Araştırmacı :  
1-Arş.Gör.Dr. Mehmet DOĞAN



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



KARAR

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ                  | ETİK KURULUN ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu                                                              |
|                                       | AÇIK ADRESİ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı                                                                                    |
|                                       | TELEFON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | +90 442 234 65 11                                                                                                               |
|                                       | FAKS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | +90 442 236 09 68                                                                                                               |
|                                       | E-POSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | atatipetikkurul@gmail.com                                                                                                       |
| SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Doç.Dr.Kenan TAŞTAN                                                                                                             |
| ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Erzurum'da Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Kişilerde, Tanı Konulmamış Depresyon Riskinin Araştırılması |
| KARAR BİLGİLERİ                       | Toplantı Sayısı: 01 Karar No: 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tarih: 04.03.2021                                                                                                               |
|                                       | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.<br><br>Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.<br>Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz. |                                                                                                                                 |

Prof.Dr.Mustafa GÜL  
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK  
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI  
Üye

Doç.Dr.İlker İNCE  
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ  
Üye

Doç.Dr. Yasemin ÇAYIR  
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY  
Üye

Doç.Dr.Ali AHISKALIOĞLU  
Üye

Doç.Dr.Ahmet ÇAYIR  
Üye

Doç.Dr.İbrahim KARABULUT  
Üye

Doç.Dr.Sera DERENLİOĞLU  
Üye

Dr.Öğr.Üy. Esra LALOĞLU  
Üye

Arş.Gör.Dr.Mehmet GÖDEKLİ  
Üye

Emrah MELETLİOĞLU  
Üye

## **EK-2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği**

Yaş:

Cinsiyet:

Öğrenim durumu:

### **Açıklama:**

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

### **1. Üzüntü**

- 0 Üzgün değilim.
- 1 Zaman zaman üzgünüm.
- 2 Her zaman üzgünüm.
- 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

### **2. Kötümserlik**

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2 Gelecekte çok umutsuzum.
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

### **3. Geçmişteki başarısızlıklar**

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

#### **4. Kendini beğenmeme**

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1 Kendime olan güvenim azaldı.
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

#### **5. Kendini suçlama**

- 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.
- 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
- 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
- 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

#### **6. İlgı kaybı**

- 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
- 1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.
- 2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
- 3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

#### **7. İntihar düşüncesi veya isteği**

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
- 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan: